Tracts 1494.
(1.)

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag in 1 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 3 Bogen. Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Medizin. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr Anton Bum, Wien, I., Kärntnerring Nr. 3.

Abonnementspreise: „Medizin. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhandler und Postämter. Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Medizin. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener
Medizinische Presse.
Organ für praktische Aerzte.

Begründet von Prof. Dr. Joh. Schnitzler. | Redigirt von Dr. Anton Bum. | Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien

Separat-Abdruck aus Nr. 1 1889.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-7 DEC 01
LIBRARY

Skizzen zur Pathologie und Therapie des Torticollis.

Von **Prof. Dr. Moriz Benedikt** in Wien.

Die erste und dritte der mitzutheilenden Beobachtungen gaben zu dieser Veröffentlichung Veranlassung.

Die Pathologie der spastischen Affectionen ist heute noch im höchsten Grade unklar, umsomehr, als die Grundauffassung, als ob Krämpfe Hyperkinesen seien — i. e. durch Reizungen der Centren oder der Bahnen der willkürlichen Bewegungen zu Stande kämen, noch immer die Pathologie ebenso souverain beherrseht, als sie, wenigstens für die Mehrzahl der Fälle, falseh ist.

Mit jenen seltenen Ausnahmen, in denen Torticollis durch deutliche Herd-Erkrankung des Centralnervensystems, z. B. nach Gehirnapoplexie, zu Stande kommt, sind wohl die meisten und die typischen Fälle besonders als Reflexneurosen anzusehen. Doch ist der Reflexherd weder leicht, noch constant nachzuweisen.

Eine Eigenthümlichkeit wenigstens der typischen Fälle von Torticollis, besonders nach längerem Bestande, ist, daß immer beide Seiten krank sind, und zwar ist die eine Seite spastisch afficirt und zeigen die Muskel Neigung zur Hypertrophie, während die andere Seite paretisch ist und die Muskeln atrophiren.

Diese Doppelseitigkeit drängt zur Annahme, daß das directe Centrum der Krankheit, wo auch der primäre Ausgangspunkt liegt, central sein müsse. [1])

[1]) Als typische Fälle von Torticollis betrachte ich jene, bei denen die spastische Drehung vorwaltend um die verticale und sagittale Schädelachse, und zwar nach einer Seite stattfindet.

Dieses antagonistische, pathologisch-functionelle Verhalten coordinirter Muskelgruppen beobachten wir auch an den Muskeln um erkrankte Gelenke. Auch hier gerathen bestimmte Gruppen — die Beuger, Einwärtsroller und Adductoren — mit Vorliebe in spastischen Zustand, während die Antagonisten eher paretisch und dann meist auch atrophisch werden. Auch hier liegt höchst wahrscheinlich ein reflectorisches Erkranken zu Grunde, da alle anderen Erklärungsgründe sich bei näherer Beleuchtung als hinfällig erweisen. Die Annahme z. B., daß es sich in diesen Fällen um eine Erkrankung ex contiguo handle, ist unhaltbar, weil sonst die antagonistisch functionirenden Muskeln gleichartig erkranken müßten.

Eine therapeutische Eigenthümlichkeit der typischen Formen von Torticollis, der wir auch bei den rheumatischen Facialis- und Augenmuskel-Lähmungen und beim Tic convulsif begegnen, ist, daß die Prognose im hohen Grade von der Zeit der elektrischen Behandlung abhängt. Wird diese in den ersten Wochen — z. B. die Galvanisation mit Volta'schen Alternativen — eingeleitet, heilen zahlreiche Fälle; hat man diese günstige Zeit versäumt, so ist die Prognose — wenigstens ohne operativen Eingriff — viel ungünstiger.

Der Satz, daß die typischen Formen von Torticollis — ebenso wie die typischen, nicht aus Paralyse hervorgehenden Fälle von Blepharospasmus und Tic convulsif — Reflexaffectionen seien, ist heute in seiner Allgemeinheit kein erwiesener, i. e. es gibt viele Fälle, bei denen der Nachweis der reflectirenden Stelle fehlt.

Dieser Nachweis hat aber mit eigenthümlichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Die pathologischen Reflexe, die von den peripheren sensiblen Nerven und von Nervenendigungen ausgehen, haben nämlich die Eigenthümlichkeit, daß sie gewöhnlich nur dann zu Stande kommen, wenn keine spontanen Schmerzen in den betreffenden afficirten sensiblen Nerven vorhanden sind, während bei den zahllosen Neuralgien, die wir beobachten, fast nie ein Reflexreiz erscheint.

Letztere Thatsache ist eigentlich enorm paradox. Nach unseren experimentell-physiologischen Begriffen sollte bei jeder sensiblen Reizung bei intactem Zusammenhange des gereizten Nerven mit der grauen Substanz Reflex erscheinen. Ich empfehle die Erörterung dieses Paradoxon neuerdings der Analyse der Physiologen. Ich kann hier auf einen Erklärungsversuch nicht eingehen.

Außer der latenten Reizung sensibler Nerven spielen beim Zustandekommen reflectirter Lähmungen und Ernährungsstörungen Erkrankungen des mechanischen Endapparates des

neuromusculären Systems, nämlich der Sehnen und Gelenkstheile, eine große Rolle.

Ich gedenke auf diese Verhältnisse in einer bevorstehenden Publication über traumatische Neurosen näher einzugehen; hier will ich nur einige Thatsachen vorbringen, welche dieses Verhältniß zum Tortieollis klarlegen sollen.

Es sei zunächst ein Fall mitgetheilt, in welchem eine entzündliche Reizung der Ansatzsehne des Sternocleidomastoidens am Warzenfortsatze (links) der Ausgangspunkt eines Tortieollis tonicus war.

Beobachtung I.

Am 17. August v. J. wurde mir die 8jährige Lisa H. aus Rußland vorgestellt, welche seit 2 Monaten an einer hochgradigen und schmerzhaften pathognomonischen Stellung des Halses litt, welche sich als durch eine hochgradige spastische Verkürzung des linken Sternocleido-mastoideus bedingt zeigte. Active und passive Bewegung des Kopfes fast vollständig gehemmt. Alle therapeutischen Versuche in ihrer Heimat haben sich wirkungslos gezeigt.

Die Untersuchung ergab eine hochgradige Druckempfindlichkeit und leichte Anschwellung im Ansatzgebiete des Sternocleido-mastoideus an den Warzenfortsatz.

Eine subcutane Injection von 2% Carbolsäurelöung in der Nähe der kranken Stelle erzeugte momentan eine Abnahme der Druckempfindlichkeit und es stellte sich auch sofort eine wesentliche Besserung in der activen und passiven Beweglichkeit des Kopfes ein. 5 Injectionen, Auslösen von VOLTA'schen Alternativen in vier Sitzungen und Einpinselung von Tct.. jod. brachte das Leiden innerhalb einer Woche zum Schwinden.

Nach der Analogie der anderen Fälle hätte sich bei längerem Bestande des Leidens höchst wahrscheinlich eine doppelseitige, chronische, spastisch-paralytische Affection mit schlechter Prognose herausgebildet, während die Erscheinungen am ursprünglichen Reizherde sich später der Beobachtung entzogen hätten.

Der Fall hat doppeltes Interesse, einerseits wegen des raschen therapeutischen Erfolges, der wesentlich auf die Injection der Carbolsäure zu schieben ist, und andererseits, weil er die Reflexion eines tonischen Tortieollis von der Sehne aus zeigt. [2])

[2]) Da ich kaum bald Gelegenheit finden werde, auf die Therapie mittelst subcutanen Injectionen von Carbolsäure zurückzukommen, will ich hier episodisch einige Bemerkungen einschalten. Diese Therapie sollte eine der häufigst geübten in der Medicin sein, da sie überall dort angezeigt ist, wo local antiphlogistisch eingewirkt werden kann und soll, und wo es gilt, entzündliche Reaction einer Reizung, z. B. durch Zerrung, zu unterdrücken. Ich will hier bemerken, dass auch tuberculöse und syphilitische Entzündung durch diese

Weitere Reflexherde für Tortieollis sind alle jene Reizungen von Gelenken, welche bei der Bewegung des Kopfes direct oder indirect in Frage kommen, also die Gelenke der Hals- und der obersten Brustwirbel.

Es kommen bei Erwachsenen spondylitisehe Reizungen ungemein häufig vor, welehe bei nicht eachectischen Individuen sehr oft ohne Folgen bleiben und spontan und trotz fehlerhafter Diagnose und aetiv und passiv unzweckmäßiger Therapie wieder sehwinden können, und zwar selbst naeh mehrfaehen Reeidiven. Die Pathologie und Klinik dieser benignen Formen von Spondylitis sind erst zu sehaffen.

Solehe spondylitisehe Reizungen der genannten Region erzeugen — hier unzweifelhaft refleetorisch — Torticollis. Wenn dieser bereits längere Zeit besteht, so kann er auch, wenn die ursprüngliehe Reizung versehwindet, fortbestehen und selbst unheilbar sein.

Bei frühzeitigem Einsehreiten kann die Ausbildung des Tortieollis eoupirt werden.

Beobaehtung II.

So beobachtete ieh jüngst einen Fall bei einer jungen Dame, welche die Erseheinungen einer periostalen Reizung der obersten Brustwirbeln darbot, und es stellte sieh bald leichter eloniseher Torticollis in Form von Anfällen ein. Absolute Ruhe, locale continuirliche Eisapplieation, einige Injectionen mit 2% Carbolsäurelösung und Jodnatrium innerlieh hoben innerhalb einer Woehe die Wirbelreizung und den beginnenden Tortieollis.

Es ist dies nieht der einzige Fall dieser Art, den ich beobaehtet habe.

Aueh der folgende Fall hing ursprünglich wahrseheinlich mit spondylitischer Reizung, und zwar der Halswirbel, zusammen und war im Momente, als die Kranke zur Beobaehtung kam, mit einer solchen Reizung an den obersten Brustwirbeln eombinirt.

Der Fall ist vom therapeutischen und besonders vom neuro-ehirurgischen Standpunkte interessant.

Therapie beeinflußt werden kann. Ieh habe schon in meiner ersten Mittheilung („Zur therap. Wirkung der subcut. Inject. von Carbols.", Intern. kl. Rundseh., Nr. 27, 1887) einen Fall von zweifellos tubereulöser Spondylitis der Halswirbelsäule beschrieben, der durch diese Therapie günstig beeinflußt war. Ieh hatte seitdem Gelegenheit, einen Fall von doppelseitiger — relativ reeenter — fungöser Gonitis mit vollständigem Erfolge zu behandeln. Ebenso hatte ich ausgezeichnete Erfolge bei einem Falle von syphilitiseher Neuritis nodosa, ferner bei einem Tophus der seitlichen Stirngegend und öfters bei syphilitiseher Periostitis der Tibia.

Beobachtung III.

Die 48jährige K. Rosa (aufgenommen am 19. Mai 1884) leidet seit einem Jahre an continuirlichem tonisch-clonischem Torticollis mit Drehung des Kopfes um die verticale Achse mit dem Kinn nach rechts und um die sagittale Achse mit dem Scheitel nach links. Linker Sternocleido-mastoideus hypertrophisch, rechter atrophisch. Drehung des Kopfes in der dem spastischen Zuge entgegengesetzten Richtung, kaum bis zur Mittellinie möglich. Früher Schmerzen in den Halswirbeln, jetzt seit 14 Tagen in den obersten Brustwirbeln.

Der 3. Brustwirbel auf Druck sehr empfindlich, und dort eine leichte Deviation der Wirbelsäule. Beide Hände zittern, die Kraft beider Arme vermindert, besonders aber der Händedruck rechts schwächer. Thenar und Antithenar rechts abgemagert.

Es wurden zunächst durch strenge Antiphlogose, durch absolute Ruhe und durch innerlichen und äußerlichen Jodgebrauch die Erscheinungen der localen Wirbelreizung und die davon abhängigen Armsymptome von Myelo-Meningitis bekämpft. Nach 6 Wochen (3. Juli) wurde constatirt, daß dieses vollständig gelungen sei.

Es wurde nun durch mehr als 4 Monate der Versuch gemacht, durch Galvanisation, Faradisation und Franklinisation den Krampf zu bewältigen, der die Kranke vollständig arbeitsunfähig machte, und der sie sehr quälte.

Der Versuch mißlang vollständig, ebenso wie jener, durch eine Cravatte die Intensität der Verdrehung zu zügeln.

Da entschloß ich mich (am 13. November 1884) zur Dehnung des Recurrens auf der linken Seite.

Ich legte den Nerven am hinteren Rande des Sternocleido-mastoideus bloß und dehnte ihn sehr energisch.

Die Heilung der Wunde erfolgte per primam innerhalb vier Tagen.

Der Einfluß auf das Leiden war ein eclatanter.

Der Krampf nahm an Intensität bedeutend ab und die Hypertrophie des linken Sternocleido-mastoideus ging zurück.

Mit dem unmittelbaren Erfolge war aber die Leistung der Operation nicht abgeschlossen.

Es zeigte sich hier, wie überhaupt bei Nervendehnungen — und dieselben Effecte beobachtete ich auch bei Nerven-Resection und -Dehnung beim Tic douloureux — daß jetzt therapeutische Eingriffe wirksam werden, welche vorher wirkungslos waren.

Darin liegt ein Hauptwerth dieser neurochirurgischen Eingriffe. Es gibt sehr viele Fälle, bei denen der Eingriff selbst gar keinen un-

mittelbaren Erfolg hat, aber dieselben therapeutischen Proceduren wirksam macht, die es früher nicht waren.

Dieses wichtige Gesetz war bisher in der Neuro-Chirurgie übersehen worden, und darin liegt der Grund, warum z. B. beim Tic douloureux die Operation unterschätzt und bei Tabes sogar von den Meisten verworfen wird. Die Statistik würde bei Beachtung dieses Gesetzes, also bei der Betrachtung des Operationserfolges im Zusammenhange mit der specifischen Nachbehandlung viel günstiger ausfallen.

Wenn ich dazu kommen werde, meine reichen Erfahrungen über die operative Behandlung des Tic douloureux und der Tabes mitzutheilen, werde ich übrigens noch in der Lage sein, auf ein anderes, principiell wesentliches Verhältniß zurück zu kommen, das für den Erfolg der operativen Behandlung maßgebend ist.

Nachdem sich bei unserer Kranken gezeigt, daß der unmittelbare Erfolg ein partieller geblieben ist, schritt ich am Anfange des Jahres 1885 zur elektrischen Behandlung wie vor der Operation.

Es zeigten sich nun regelrecht Fortschritte und besonders die elektro-statische Behandlung wirkte eclatant.

Die Behandlung dauerte bis in den Sommer 1886, wobei jedoch zu bemerken ist, daß die Kranke in den letzten Monaten selten zur Behandlung kam.

Die Kranke wurde bald nach Beginn der neuerlichen elektrischen Behandlung arbeitsfähig, und am Ende der Behandlung war nur noch bei Aufregung eine Spur eines Krampfes und einer pathognomonischen Stellung vorhanden. Der Sternocleido-mastoideus links war noch etwas hypertrophisch und jener rechts etwas atrophisch.

In diesem Zustande stellte ich Mitte October 1888 die ehemalige Kranke in einer Vorlesung vor.

Ich will hier bemerken, daß ich schon vorher 3 Fälle von Torticollis operirt hatte. Der eine entstand im Beginne eines sich entwickelnden Lymphoms am Halse und wurde mit vorübergehendem Erfolge operirt.

Der zweite Fall betraf eine Dame mit syphilitischen Antecedentien.

Hier nahmen alle Muskeln, welche den Kopf bewegen, an der Affection Theil und das Leiden erreichte einen Grad, wie ich ihn nie wieder sah. Die Operation beider N. recurrentes brachte wesentliche Besserung und dieselbe schritt noch weiter fort, als ich den N. occipital. major der spastischen Seite bloßlegte und energisch dehnte. Ob in diesem Falle die sehr wesentliche Besserung dauernd war, weiß ich nicht.

Im dritten Falle war das Leiden nach einer Apoplexie aufgetreten und besserte sich nach der Operation. Der Kranke

ging wenige Monate nach der Operation an einer neuerlichen Apoplexie zu Grunde.

Einen hochinteressanten Fall, den ich eben gemeinschaftlich mit Dr. Maydl behandle, werde ich nach vollendeter Beobachtung mittheilen.

Ich lasse hier einen anderen Fall von Torticollis, complicirt mit Blepharospasmus, folgen, der dadurch interessirt, daß er trotz des langen Bestandes therapeutisch noch theilweise günstig beeinflußt wurde.

Beobachtung IV.

I. Maria, 67 Jahre, aufgenommen am 5. December 1887, ist seit fast 3 Jahren krank. Der Kopf ist nach vorne geneigt und mit dem Scheitel um die sagittale Achse nach links und um die verticale Achse nach rechts verdreht.

Außer dieser durch tonischen Krampf bedingten pathognomonischen Stellung bestehen noch clonische Zuckungen in den afficirten Muskeln. Beiderseits Blepharospasmus und leichte choreatische Unruhe der Gesichtsmuskeln.

Formicationen im Hinterhaupte links seit 2 Jahren; geringe Druckempfindlichkeit der Halswirbeln links. Zuweilen Stirnschmerz; leichte Athembeschwerden; leichtes Geräusch über der Aorta.

Elektrische Behandlung, vorzugsweise Volta'sche Alternativen beider N. recurrentes, resp. beider Plex. cervic. super.

Nach und nach verschwindet der Torticollis und am 12. October 1888 ist kaum eine Spur mehr von pathognomonischer Stellung vorhanden, während die clonischen Zuckungen aufgehört haben. Rechts springt ein Bündel des Platysma myoides hervor. Blepharospasmus wesentlich besser, doch noch zeitweilig vorhanden.

Nach 7 Curare-Injectionen ist der Blepharospasmus (Anfangs November) besser.

Auf die Anwendung von Curare bei Torticollis und analogen spastischen Affectionen hatte ich im Gewirre therapeutischer Fragen vergessen. Beschäftigten mich doch die Anwendung der Hypnose, des metallischen Magneten, der statischen Elektricität, der Carbolsäure und vor Allem die Neurochirurgie sehr intensiv. Doch wird es Zeit sein, auf die Curare-Therapie wieder zurückzukommen. Zwar selten bei Epilepsie. Die wenigen Fälle, die ich vor mehr als 20 Jahren mit Glück behandelt habe, sind vereinzelt geblieben. Heute weiß ich durch meine cephalometrischen und cephaloskopischen Untersuchungen besser als irgend Jemand, daß die Epilepsie durch perverse und defecte Entwicklung von Hirn und Schädel zu Stande kommt, und daß eine medicamentöse Behandlung nur höchst ausnahmsweise einen Erfolg

haben kann. Aber bei der Revision meiner alten Beobachtungen bei verschiedenen spastischen Zuständen ersehe ich — so zeitlich zerstreut auch die Versuche angestellt sind — daß diese Therapie doch eine erneuerte Beobachtung verdient. (Siehe in meiner „Nervenpathologie und Elektrotherapie", I. Theil, die Fälle: von Torticollis Beob. 146, pag. 283, ferner die Beob. 150, pag. 285, Beob. 191, pag. 299.)

Auch bei Chorea major hatte ich Erfolge. Als Curiosum sei erwähnt, daß ich einen momentanen und dauernden Erfolg in einem Falle von Ohrensausen hatte. Ich habe damals in einer Reihe von Fällen Versuche bei Ohrensausen gemacht, ohne je wieder Erfolg zu haben. Offenbar hat es sich in dem günstigem Falle um einen Krampf der Binnenmuskel des Ohres gehandelt. [3])

Zum Schlusse will ich erwähnen, daß wir beim Torticollis unterscheiden müssen:

1. Continuirliche und anfallsweise auftretende Fälle.
2. Tonische, clonische und tonisch-clonische Formen.
3. Einseitig spastische und gleichmäßig doppelseitig spastische Formen.

Ein Beispiel der letzteren ist der Nickkrampf. Die ersteren Formen sind gewöhnlich mit Paresis der anderen Seite combinirt.

4. Fälle, bei denen der Krampf auf einzelne Muskeln, besonders auf den Sternocleido-mastoideus beschränkt ist, oder solche, bei denen verschiedene Muskeln betheiligt sind, und endlich

5. Die eigenthümlichen Formen von Torticollis mit Muskelhypertrophie, die eine selbstständige klinische Einheit darstellen. (S. „Elektrotherapie", p. 131—133.)

---

[3]) Ich verschreibe gewöhnlich 0·15 Curare auf 10·0, injicire — meist am Halse — 5 Tropfen und steige um 1—2 Tropfen, bis ein leichter Schüttelkrampf hervorgerufen wird. Die Lösung wird bis zur strohgelben Farbe filtrirt und die Filtration muß öfters wiederholt werden. Dadurch wird subcutane Entzündung verhütet.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstraße 12.